

# 在宅介護支援センターを活用した地域包括支援センターの方向性

春名 苗

聖隷クリストファー大学

## Direction of the Community-Based Total Support Centers, Utilizing the In-Home Care Support Centers

HARUNA, Mitsu

Seirei Christopher University

### 抄 録

本論文では、地域包括支援センターと在宅介護支援センターの差異を明らかにし、地域包括支援センターの問題点を検討している。また、地域包括支援センターと在宅介護支援センターの差異を活かした市町村の取り組み事例をあげて論じることで、在宅介護支援センターの機能を活用した地域包括支援センターの方向性を示している。

キーワード：在宅介護支援センター、地域包括支援センター

## 研究の目的

介護保険の改正で地域包括支援センターが設置されることになった。地域包括支援センターの機能は、新予防給付対象者のケアマネジメントなど独自のものがあるが、基本的にはその機能は在宅介護支援センターと類似しているといえる。しかし、在宅介護支援センターにあった地域における関係機関等の組織化支援の機能は想定されていない。24時間の相談支援体制もなくなる。

また在宅介護支援センターは中学校区に1ヵ所設置されていたが、地域包括支援センターの設置は生活圏域と対応しなくてもよいため、センター数の減少が危惧されている。

そのため、本論文では、地域包括支援センターと在宅介護支援センターの差異を明らかにし、地域包括支援センターの問題点を検討する。また、地域包括支援センターと在宅介護支援センターの差異を活かした市町村の取り組み事例をあげて論じることで、在宅介護支援センターの機能を活用した地域包括支援センターの方向性を示すことを目的とする。

### 1. 地域包括支援センターと在宅介護支援センターの差異

品田充儀は、地域包括支援センターと在宅介護支援センターの違いとして、①公的主体が直営する例が多いこと、②専門スタッフの要件が厳格化され、高い技能の集積が予定されていること、③市町村ごとに運営協議会が設定され、客観的な運営が期待されること、④介護予防マネジメントや権利擁護などその業務内容が拡大されたこと、をあげている<sup>i</sup>。

上記の差異は、介護保険改正直前の在宅介護支援センターと地域包括支援センターの機能の

比較をしてみると当てはまることではあるが、在宅介護支援センター設置当初からの変遷を見ると、もともと在宅介護支援センターにあったものが介護保険導入で変化が生じ、それを修正強化したに過ぎない部分があることがわかる。

つまり、地域包括支援センターと在宅介護支援センターの差異としては、①もともと在宅介護支援センターにあったものが介護保険導入で変化が生じ、それを修正し強化したこと、②地域包括支援センター独自の機能が提示されたこと、③在宅介護支援センターにあった機能が失われたこと、に分類できると考える。

まず、もともと在宅介護支援センターにあったものが介護保険導入で変化が生じ、それを修正し強化したこととしては、品田があげた①公的主体が直営する例が多いこと、②専門スタッフの要件が厳格化され、高い技能の集積が予定されていること、③市町村ごとに運営協議会が設定され、客観的な運営が期待されること、が当てはまる。

公的主体が直営する例が多いこととしては、地域包括支援センターは公的主体の直営だけではなく、委託をすることもできる。2006年2月に全国地域包括・在宅介護支援センター協議会が地域包括支援センターの運営形態について調べたところ、市町村直営は37%、在宅介護支援センター運営法人への委託は52%、その他への委託が6%、委託先未定が5%となっていた<sup>ii</sup>。在宅介護支援センターの設置当初も委託元である市町村の役割が強調されていた。しかし、1998年から民間事業者への委託が可能になり、介護保険も始まったことにより、在宅介護支援センターの中立性、公平性も疑問視されてくることになった。今回それを修正し、強化したといえる。

専門スタッフの要件については、地域包括支

援センターは、人数は3人であり、社会福祉士、保健師、主任介護支援専門員を常勤配置とした。それが困難な場合は経験ある看護師、高齢者保健福祉に関する相談業務等に3年以上従事した社会福祉主事でもかまわないとされた。3人の職員が全ての業務を担当し、包括的に高齢者を支えるチームアプローチをすることがいわれた。設置当初の在宅介護支援センターでは、社会福祉士等のソーシャルワーカー又は保健師1人、看護師又は介護福祉士1人を福祉関係職種と保健医療関係職種を組み合わせ、常勤で配置とされていた。また福祉職と保健医療職が連携し、包括的にマネジメントすることが必要であるとされていた。在宅介護支援センターでも異職種の連携がいられていた。地域包括支援センターには、介護保険導入に伴って、主任介護支援専門員という職種は加わったものの、3人という人数も担当圏域が広がったことを考えると増員されているわけではない。介護保険導入に向けて、再構築が行われるとともに、在宅介護支援センターは、基幹型と地域型に分けられ、地域型には2人から1人の職員配置でも可能となり、もはやチームアプローチはできなくなったが、今回、それを修正し、強化したと考えられる。

また、市町村ごとに運営協議会が設定され、客観的な運営が期待されることについては、設置当初から在宅介護支援センターも運営協議会が設定されていた。運営協議会においては関係機関とのネットワークの場、また民生委員やボランティア団体代表などもその場に入ってもらうことによって地域の組織化の場としても考えられていた。しかし、介護保険導入で居宅介護支援事業なども加わり、運営協議会などに手がまわらなくなったところも多い。地域包括支援センターでの運営協議会は市町村ごとに設置さ

れ、センターの設置、センターの公正・中立の確保、センターの職員確保に関することの協議の場として提示されている。これは介護保険での対象者の取り込みなどをなくすために中立性、公平性が強調されたために、運営協議会が役割を変えて強化されたといえる。

地域包括支援センターに新たに加わった事業としては、新予防給付のマネジメントがあげられる。在宅介護支援センターは権利擁護も行っていたが、新たに権利擁護事業を明確化することによってその内容は広がりをもつことになった。

一方、在宅介護支援センターにあった機能が失われたこととしては、組織化支援がなくなったことである。1996年3月『在宅介護支援センター機能のあり方検討委員会報告書』において、相談援助機能、地域把握機能、ネットワーク形成機能、サービス提供機能が提示されたが、その中のネットワーク形成機能には関係機関等の組織化支援があった。しかし、その機能は地域包括支援センターには想定されていない。また24時間の相談支援体制もなくなるのである。

また、地域包括支援センターは人口2～3万人に対して1ヵ所、合計で約5000ヵ所という計画である。環境新聞社が行った調査では、対象圏域の人口は、1万人台から3万人台までが全体の44%を占めているが、5万人超も16%あったということである<sup>iii</sup>。地域包括支援センターと生活圏域が必ずしも対応しなくてもよいということになってしまったため、センター数の減少が危惧されるのである。在宅介護支援センターでは中学校区に1ヵ所とされ、身近なところで顔が見える相談機関を意図していたが、相談機関が身近にならず、関係機関の組織化支援もないとなれば、地域の中で潜在化するニーズはますます増えてくると考えられるのである。

表1 地域包括支援センターと在宅介護支援センターの差異

	地域包括支援センター	設置当初の在宅介護支援センター	介護保険での在宅介護支援センターの変化
公 的 主 体 直 営	医療法人・社会福祉法人等の市町村が適当と認めるものに委託可能	医療法人・社会福祉法人等の市町村が適当と認めるものに委託可能	98年に民間事業者への委託が可能になった
職 員 要 件 厳 格 化	社会福祉士、保健師、主任介護支援専門員を常勤で配置 経験ある看護師、高齢者保健福祉に関する相談業務等に3年以上従事した社会福祉主事	社会福祉士等のソーシャルワーカー又は保健婦1人、看護師又は介護福祉士1人を福祉関係職種と保健医療関係職種を組み合わせで常勤で配置	介護保険での再構築にむけて地域型には2人から1人の職員配置で可となった
異 職 種 の 協 働	3人の職員が全ての業務を担当し、包括的に高齢者を支えることが必要とされている	福祉職と保健医療職が連携し、包括的に高齢者を支えることが必要とされていた	職員が2人から1人の体制になったことで異職種による包括的な視点はなくなってきた
運 営 協 議 会	市町村ごとの運営協議会 センターの設置、センターの公正・中立の確保、センターの職員確保に関することの協議の場	支援センターごとの運営協議会 関係機関とのネットワーク構築の場	
機 能	共通的支援基盤構築、総合相談支援・権利擁護、包括的・継続的ケアマネジメント支援、介護予防マネジメント	24時間体制の総合相談支援、地域の実態把握、ネットワーク形成、アウトリーチ、関係機関等の組織化	居宅介護支援事業が加わった
設 置 数	第1号被保険者の数がおおむね3000～6000人ごと 全国で約5000ヵ所の予定	中学校区に1ヵ所 全国で1万ヵ所を目標	

このように、地域包括支援センターをめぐる制度改正は、介護保険で在宅介護支援センターに生じた変化をもう一度修正し強化したこと、地域包括支援センター独自の機能が加わったこと、在宅介護支援センターの大切な機能が失われたことがあげられる。これらをまとめたものが表1である。それでは、次に、現時点で地域包括支援センターの問題について取り上げていきたい。

## 2. 地域包括支援センターの問題点

### 1) 介護予防マネジメントをめぐる問題

地域包括支援センターの問題として、新たに加わった機能である介護予防マネジメントに傾注している状況が見られる。

2006年8月に環境新聞社が3488の地域包括支援センターを対象に行った調査では、「地域包括支援センターが予防ケアプランセンターといわれる批判についてどう思うか」と聞いたところ、「当たっている」が45%、「現時点では仕方ない」が39%に対し、「そうは思わない」が10%となっていた<sup>iv</sup>。

介護予防プランに傾注する背景には、特定高齢者に対する選定・把握が煩雑であることや行政が丸投げ委託をしていることがあげられる。

特定高齢者の選定には、まず、高齢者本人が記入した基本チェックリストの内容をもとに特定高齢者となる可能性がある「特定高齢者の候補者」をあげる。特定高齢者の候補者として選定された者について、更に基本チェックリストや生活機能評価の結果等を踏まえて、介護予防特定高齢者施策のうちどのプログラムに参加することが望ましいかを検討し、何らかのプログラムへ参加することが望ましいと考えられる者を特定高齢者として決定する。

しかし、そうした特定高齢者に対する介護予防事業が基準が厳しいことと行政の支援がないことで委託されている地域包括支援センターでは混乱が起きている。

「特定高齢者の把握はチェックリストの基準が厳しすぎるのと、健康に関わる医師の理解が不十分なことにより低調となっている」「特定高齢者については行政の広報が不十分で連絡先も不明なケースも多く、連絡がついても不審者扱いされ訪問すらままならない状況」など<sup>v</sup>、混乱している状況がうかがえる。

特定高齢者の把握・選定業務は市町村の役割である。市町村は、必要な経費を負担することで、特定高齢者の把握を地域包括支援センターに行わせ、介護予防事業に関するケアマネジメントを一体的に行うことも可能なので、そうした形態を取るところがほとんどである。しかし、行政の積極的な支援なしに丸投げ委託の状態では混乱せざるをえない。

また、新予防給付マネジメントにおいて、予防プランの報酬が4000円と低く抑えられ、経過措置はあるものの、居宅介護支援事業所のケアマネジャー1人あたりに8件の委託制限がついたために、地域包括支援センターに介護予防プランが集中したことも予防プランへの傾注を促進していると考えられる。

厚生労働省は2月の全国介護保険担当課長ブロック会議で委託可能としている規定の考え方として「地域包括支援センターが自ら実施できない場合の例外的な手段としてであり、こうした原則にそぐわないような委託は慎むべき」との方針を示している。しかし、対応が追いつかず、改正後はケアプランを作成してもらえない利用者の問題を「ケアマネ難民」と指摘されることもあった<sup>vi</sup>。このような状況では、介護予防プランに傾注せざるをえない。その介護予

防プランの質についても、「地域包括支援センターは介護予防プランで忙しく利用者に会わずに膨大な事務をこなすことが主業務になっている。特に居宅介護支援事業所のケアマネは自分たちが作った予防プランを地域包括支援センターで本当に見てもらっているのかと不満を持っている」<sup>vii</sup> というように疑問が残る。予防ケアプランセンター化し、その他の業務に弊害が出ているだけではなく、介護予防のケアプラン自体も利用者の状況を十分に把握してたてることができていない現状がある。

## 2) 在宅介護支援センターの機能がなくなることで生じる問題

在宅介護支援センターがなくなったことで、地域での潜在化するニーズの吸い上げなど、どのように対応していくかという問題もある。

例えば、特定高齢者においては、把握・選定する前に、そもそも基本検診に来ない人たちへの対応をどうするかという問題も解決しなければならない。民生委員から情報を集めるなど基本検診以外にも情報収集体制を整える必要があるが、そうした際に民生委員や関係機関などの組織化支援を行い、地域の情報を吸い上げてきた在宅介護支援センターの機能がなくなってしまうのである。

また中学校区に1ヵ所あった在宅介護支援センターがなくなり、日常生活圏域と機関の設置が対応していないため、住民にとっては身近な相談機関がなくなるという問題が発生する。

環境新聞社が行った調査では、対象圏域の人口は、1万人台から3万人台までが全体の44%を占めているが、5万人超も16%あったということである<sup>viii</sup>。しかし、地域包括支援センターの設置に関しては、地域支援事業であるため、財源は介護保険、国、都道府県市町村で

応分負担する制度であり、介護保険法施行令第37条の2では、各年度の介護給付等に要する給付の予想額に対して、3%の上限が設定されている。それについては、経過措置として18年度は給付費の2%、19年度は2.3%の上限が定められており、地域包括支援センターの設置数を構想する際の足かせになっていることも事実である。さらに、各市町村においては、地方財政の悪化に加え、三位一体改革によって補助金の削減、地方交付税の算定見直し、税源委譲などもあり、財政サイドからのしめつけもある。

しかし、住民の身近な相談機関を確保せず、関係機関の組織化支援も行わなければ、地域の中で潜在化するニーズはますます増えてくると考えられるのである。そのため、民生委員や関係機関などと連携を取り地域の情報を吸い上げてきた在宅介護支援センターの機能の活用が重要になるのである。

## 3. 在宅介護支援センターの機能を活用した市町村の取り組みの事例

地域包括支援センターの問題点として、介護予防マネジメントをめぐる問題と在宅介護支援センターの機能がなくなることで生じる問題を論じてきた。そして後者の在宅介護支援センターの機能がなくなることで生じる問題については、地域包括支援センターと在宅介護支援センターの連携によりカバーできていくと思われる。

そのため、次に、地域包括支援センターと在宅介護支援センターの差異を活かした取り組みをしているA市と地域包括支援センターに全て移行したものの在宅介護支援センターの機能を代替している職員を置くB市の取り組みを紹介したい。

## 1) A市の事例

A市は、人口30万人、地域包括支援センターは、北部、中央部、南部の3ヵ所に委託方式で設置され、それぞれ4月から活動を開始している。既存の在宅介護支援センターをその機能を生かしてランチ（相談窓口）として活用している。在宅介護支援センターは、担当地域の中で、積極的に訪問を行い地域で潜在化するニーズの発見を行ったり、民生委員や地区社協との連携を取りながら地域でのネットワークを構築している。そして、地域包括支援センターは総合相談支援、ケアプランの作成相談、介護予防マネジメントなどを行っている。いうなれば、地域包括支援センターは従来の基幹型在宅介護支援センターのような位置付けで各ランチを総合的にまとめる役割を担っている。

各地域のランチをはじめとして、居宅介護支援事業者、医療機関、介護事業者、民生委員、地域の団体などが常にアンテナを張り巡らせ、地域の実態把握から住民の個別ニーズの発見を行う。個別ニーズごとに対応していく過程で、そのレベルで解決できない困難事例と判断された場合、各地区のランチにおいてネットワーク会議が開催され、検討が行われる。この会議では、地域包括支援センター、行政、医療機関、居宅介護支援事業、自治会、民生委員等の担当者が参加し、多職種で必要な対応やネットワークについて検討する。そしてここで解決できない事柄については地域包括支援センターの主導の元で、同様の多職種会議を行い必要なサービスを作り出していくのである。

こうしたシステムの具体的なメリットとしては、地域住民にとってサービス窓口へのアクセスが近くなること、地域住民のニーズ把握がきめ細かくできること、地域包括支援センターでは対応していない24時間の相談対応が可能に

なること、緊急災害時の初期活動として地域の実態把握が迅速に行えること、等があげられる。そして、このA市で、もし、地域包括支援センターを人口2～3万人に1ヵ所設置するとなれば、10ヵ所必要となり、それに比べて全体の運営費用も低く抑えられているのである。

## 2) B市の事例

B市の場合は、在宅介護支援センターをおかず、すべて地域包括支援センターに移行している。B市は人口約150万人、中学校区を担当エリアとして77ヵ所の在宅介護支援センターが存在していた。これまでの担当エリアを日常生活圏域とし75ヵ所の地域包括支援センター（2ヵ所の地域包括支援センターが2圏域を担当するところになり、77圏域75ヵ所の地域包括支援センター）を整備している。在宅介護支援センターとほぼ同数の地域包括支援センターをおいたのは在宅介護支援センターの担当エリアが市民に密着しており、行政の窓口が身近にある環境を作るということからである。B市の特徴としては、保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員の3職種の他、これまで在宅介護支援センターにもおいてきた「見守り推進員」を置いている。見守り推進員は、震災等で独居高齢者を見守ることが必要であり制度化されたものであるが、在宅介護支援センターのときも困難ケースを見つけ出す機能等をになっていたのである。見守り推進員は、見守り活動の他、地域住民との連携、コミュニティ作りの支援なども行う。見守り推進員という名称はついていないが、在宅介護支援センターの機能である地域でのネットワーク作り、問題発見、コミュニティ作りなどを重点的に担う役割をもっていたといえる。見守り推進員の活動は、地域包括支援センター設置後も継続されている。

すべての在宅介護支援センターが地域包括支援センターに移行されたものの、在宅介護支援センターの利点が活かされている。在宅介護支援センターの圏域で地域包括支援センターが設置され、また問題発見やコミュニティ作りなどを行う見守り推進員を一人置くことで在宅介護支援センターの機能をカバーしているB市の取り組みは在宅介護支援センターの機能の活用ともいえよう。

このように、在宅介護支援センターを残したA市、全ての在宅介護支援センターを地域包括支援センターに移行したB市であるが、いずれも在宅介護支援センターにあり地域包括支援センターに足りないものを補っているといえよう。在宅介護支援センターを廃止して地域包括支援センターを新たに一からスタートするのではなく、在宅介護支援センターの機能を活かした取り組みが必要になると考える。

#### 4. 今後の課題

以上のように、地域包括支援センターと在宅介護支援センターの差異を明らかにし、地域包括支援センターをめぐる問題点を整理した。また、在宅介護支援センターがなくなることで生じる問題点に対しては、それを補っている市町村の取り組みを紹介した。

それらを踏まえ、今後の課題として、介護予防プランの傾注の阻止、在宅介護支援センター活用によるネットワークの構築、の2つの事柄を挙げて論じておきたい。

##### 1) 介護予防マネジメントへの傾注の阻止

地域包括支援センターには、膨大な全ての業務に手が回らず介護予防プランに傾注している

状況である。

それを阻止するためには、市町村が環境整備をしていかななくてはならない。まず、円滑に特定高齢者の把握・選定をするために、地域の医師会の協力、行政からの十分な広報、サービスの充実を図っていく必要がある。

また、特定高齢者の把握・選定だけではなく、基本検診に來ない人たちへの対応を考えなくてはならない。在宅介護支援センターを活用して民生委員から情報を集める、地域の組織化を図るなど、基本検診以外で埋もれているニーズをいかに吸い上げていくかという基盤を作る必要がある。

新予防給付マネジメントにおいても、予防プランの報酬が4000円と低く抑えられ、居宅介護支援事業所のケアマネジャー1人当たりに8件の委託制限がつき、地域包括支援センターに介護予防プランが集中したことも予防プランへの傾注を促進しているのである。

高知市では、2006年11月から介護予防プラン作成の居宅介護支援事業所への委託料を現行の3600円から6000円に引き上げる。国の介護予防支援の報酬4000円に2000円を上乗せした形である。地域包括支援センターが膨大な業務量に対応しきれない状況を見て、独自に引き上げに踏み切り少しでもケアプランを受託する事業者を増やすことを目的としている。国が介護予防プランの報酬を上げることがベストであるが、市町村でも対応することは可能である。

このように、丸投げ委託ではなく積極的に市町村が介入することによって予防プランの傾注を少しでもなくしていくことが必要である。

##### 2) 在宅介護支援センター活用によるネットワークの構築

地域包括支援センターは、共通的支援基盤構築としてネットワークを構築していくことが期



待されている。

ネットワークには、問題発見のためのネットワークと課題解決のためのネットワークがある。問題発見のためには、ネットワークを活用して地域で潜在化するニーズを吸い上げなければならない。担当地域を持ち、積極的に訪問をして相談援助を行うことや、地域の民生委員やボランティア団体等と連携を取り組織化していくことにより潜在化するニーズは吸い上げられていくのである。地域包括支援センターの機能は居宅介護支援事業者などの後方支援であり、そのような機能は弱くなる。そのためにはA市やB市のような在宅介護支援センターの活用が必要であろう。地域包括支援センターと在宅介護支援センターを上下関係のようにとらえるのではなく、横並びに役割分担をしていく関係としてとらえる必要がある。

また課題解決のためには、地域包括支援センター単位のネットワークである「担当圏域包括ケア会議」や市町村単位のネットワークである「市町村包括ケア会議」などを活用することが求められる。2005年12月『地域包括支援センター業務マニュアル』では、社会資源の改善、開発への取り組みについて次のように書かれている。

「情報を集め、分析した中で、現状において活用できる資源がないと判断した場合は、既存の社会資源を地域のニーズにあわせて『改善』することや新たに『開発』することに向けた取り組みを進めます。…（中略）…新たなプログラムや取り組みの開発が可能かどうか、市町村包括ケア会議や実務担当者の会議で検討し、必要に応じて行政（市町村本庁）に必要性を伝えていくことが考えられます<sup>ix</sup>。」

日々の相談の中から見えてくるニーズを取り上げ、必要なサービスがない場合は、市町村包

括ケア会議などを用いて社会資源の開発を行っていく必要がある。そのためには地域のニーズを吸い上げていく在宅介護支援センターとそれを行政につないでいく地域包括支援センターの連携が必要であろう。

一から地域包括支援センターを作り上げるのではなく、在宅介護支援センターが存続している場合はその活用をすることが必要である。そして全て地域包括支援センターに切り替わった市町村は在宅介護支援センターがもっていた組織化支援や小地域でのネットワーク等の機能を何らかの形で代替しなければならない。それによって、問題発見のネットワーク、課題解決のネットワークが機能し、地域で潜在化する困難ケースを発見し、それに対する社会資源開発の道筋をたてていく地域包括ケアが成り立つと考える。

## 注

- <sup>i</sup> 品田充儀「改正介護保険は現状を打破できるのか？」『介護保険』法研、2006年2月、24頁。
- <sup>ii</sup> 林芳繁「在宅介護支援センターの動向」『月刊福祉』2006年10月、49頁。
- <sup>iii</sup> 「シルバー新報」環境新聞社、2006年9月22日。
- <sup>iv</sup> iiに同じ。
- <sup>v</sup> iiに同じ。
- <sup>vi</sup> 朝日新聞（東京）・朝刊、2006年5月14日。
- <sup>vii</sup> iiに同じ。
- <sup>viii</sup> iiに同じ。
- <sup>ix</sup> 『地域包括支援センター業務マニュアル』2005年12月19日、45頁。